Révision 29/01/2025

ITEM 095 : RADICULALGIE – SYNDROMES CANALAIRES

ATTEINTE RADICULAIRE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Racine	Tracé douloureux et déficit sensitif	Déficit moteur	Réflexe diminué ou aboli
C5	Moignon de l'épaule	Deltoïde (Abduction du bras)	Bicipital
C6	Face antérieure du bras Face externe de l'avant-bras Pouce	Biceps brachial Brachial (flexion du coude)	Stylo radial
C7	Face postérieure du bras Face postérieure de l'avant-bras Trois doigts médians (majeur ++)	Triceps brachial Extenseurs du poignet et du coude	Tricipital
C8	Face médiale du bras Face médiale de l'avant-bras Face médiale du 4e et 5e doigt	Fléchisseurs des doigts Muscles inter osseux (intrinsèque)	Cubito-pronateur
L3	Fesse Face antérieure de la cuisse Face médiale du genou	Quadriceps fémoral et tibial antérieur	Patellaire
L4	Fesse Face externe de la cuisse Face antérieure du genou Face antéro-médiale de jambe		
L5	Fesse Face postérieure de la cuisse Face latérale de la jambe Dos du pied et gros orteil	Extenseur des orteils Fibulaires latéraux Partiellement le tibial antérieur	AUCUN
S1	Fesse Face postérieure de la cuisse Face postérieure de la jambe Talon, plante du pied et 5e orteil	Triceps sural	Achiléen

ATTEINTE TRONCULAIRE

Nerf	Déficit moteur/amyotrophie	Déficit sensitif, paresthésie, douleur
Médian	Opposition pouce (pince pouce index) Amyotrophie du versant latérale de l'éminence thénar	Pulpes pouce, 2e et 3e, hémi pulpe radiale du 4e
Ulnaire	Latéralité des doigts et adduction du pouce Amyotrophie des interosseux et hypothénar	Bord médial de la main Auriculaire et bord médiale de l'annulaire
Fémoral (crural)	Flexion de la hanche (Psoas) Extension du genou (quadriceps)	Face antérieure de la cuisse Aréflexie rotulienne
Fibulaire commun (sciatique poplitée externe)	Pied tombant, steppage Amyotrophie de la loge antéro externe de la jambe	Face latérale de la jambe et dos du pied
Tibial (sciatique poplitée interne)		Plante du pied

Révision 29/01/2025

RADICULALGIE

DEFINITIONS

- Radiculopathie : ensemble des symptômes liés à la souffrance d'une racine spinale (ou nerf spinal).
- Plexopathie : ensemble des symptômes liés à la souffrance d'un plexus (i.e. anastomose complexe de plusieurs racines spinales).
- Syndrome canalaire : ensemble des symptômes liés à la souffrance d'un nerf périphérique dans un défilé anatomique étroit et inextensible.

C'est la systématisation des symptômes qui permet de différencier ces atteintes.

RADICULALGIE DU MEMBRE INFÉRIEUR

LOMBO-SCIATIQUE

- **Hernie discale asymptomatique** : découverte fortuite chez **20 à 30 %** de la population générale asymptomatique.
- **Lombosciatique discale** : **conflit disco-radiculaire L4-L5** ou **L5-S1**, plus fréquent entre **30** et **40 ans.**
- **Lombosciatique arthrosique** : **arthrose vertébrale.**

SF

- **Trajet L5** : fesse → face postéro-externe de la cuisse → externe du genou → externe/antéro-externe de la jambe → malléole externe ou gouttière pré-malléolaire → dos du pied → gros orteils ou 2-3 premiers orteils.
- **Trajet S1** : fesse → face postérieure de la cuisse → creux poplité → face postérieure de jambe (mollet) → tendon d'Achille ou rétro-malléolaire externe → talon → plante ou bord externe du pied → 5e orteil.
- Plus imprécis quand l'irradiation n'atteint pas le pied (trajet tronqué) : rechercher des **dysesthésies.**
- Parfois de topographie plus étendue : **L5** et **S1** ± **L4** ou **dernières racines sacrées.**

En faveur d'une lombosciatique commune	En faveur d'une lombosciatique symptomatique
- Mono-radiculaire (L5 ou S1), de rythme mécanique ± Impulsive à la toux/défécation en cas de hernie discale - Effort déclenchant, intensité rapidement maximale - Lombalgies associées - Antécédents lombaires	- Pluri-radiculaire, de rythme inflammatoire - S'aggravant - Sans effort déclenchant - Sans lombalgie - Sujet âgé sans antécédents lombaires

SC

- Attitude antalgique : **inflexion latérale irréductible.**
- **Syndrome rachidien** :
  - Douleur rachidienne : spontanée, à la palpation, à la mobilisation.
  - Raideur rachidienne : Schöber.
  - Contracture paravertébrale lombaire.
- **Signe de Lasègue** : déclenchement de la douleur radiculaire en soulevant le MI en extension pour les racines L4 L5 et S1.
- Signes sensitifs : **hypoesthésies**, **paresthésies.**
- **Abolition des réflexes ostéotendineux** : **réflexe achilléen** (S1), aucun réflexe aboli en cas d'atteinte L5 +++.
- **Déficit moteur** : - **L5** : **muscles releveurs du pied** et **péroniers latéraux → marche sur les talons.**
  - **S1** : **triceps sural → marche sur les pointes.**

Signes de gravité

→ Urgences diagnostiques et chirurgicales : pronostic fonctionnel engagé.
- **Lombosciatique paralysante** : déficit moteur ≤ **3** ou **≤ 2** avec disparition de la douleur.
- **Syndrome de la queue de cheval :** troubles sphinctériens, anesthésie en selle…
- **Compression médullaire** (plus rare) : signes pyramidaux…

PC

- **IRM** = Indiqué en première intention si :
  - Terrain : **< 20 ans** ou > **55** ans, antécédents d'infection ou de tumeur.
  - Clinique : fièvre, signes neurologiques déficitaires, tableau clinique atypique.
  - Douleur persistante après **6 semaines** de traitement médical ou s'aggravant.
- **Rx lombaire** : anomalie de densité osseuse, lésion discarthrosique, tassement discal…

→ Aucun bilan complémentaire initial n'est nécessaire en cas lombosciatique discale typique chez l'adulte jeune.

TDM/IRM Rachidienne de la hernie

- **Hernie** = débord du disque intervertébral, qui alors ne se superpose plus exactement aux contours des **plateaux vertébraux.**
- Plusieurs topographies possibles :

= Dans le plan transversal :
- **Médiane.**

			• **Postéro-latérale +++** (**comprime la** racine « passante », ex : L5 en cas de hernie discale L4–L5 postéro-latérale). • **Foraminale** (comprime la racine « sortante », ex : L4 en cas de hernie discale L4–L5 foraminale). • **Extra foraminale** (idem, comprime la racine « sortante »). **= Dans le plan sagittal :** • À hauteur de l'interligne inter somatique. • Migration ascendante (crâniale). • Migration descendante (caudale). **= Par rapport au ligament longitudinal postérieur (LLP) :** • Sous-ligamentaire, i.e. contenue par le LLP. • Exclue, migration trans ligamentaire, à travers une déchirure du LLP. - La hernie apparaît en **hypo signal T1 et T2.** - Rechercher un **contact ou** une **compression** sur une ou plusieurs racines spinales, voire sur l'ensemble du sac dural et de la queue de cheval en cas de hernie très volumineuse : • Refoulement/déplacement de la racine par la hernie. • Effacement de la graisse épidurale périe radiculaire. • Effacement du LCS en cas de hernie très volumineuse comprimant le sac dural. - Rechercher **systématiquement une bonne concordance imagerie-clinique**, en termes de latéralisation (côté) et de niveau(x) radiculaire(s) concernés.
CAUSES SECONDAIRES	**Spondylarthropathie**		- Contexte : homme < 40 ans, antécédents familiaux de spondylarthropathie, antécédents d'uvéite, talalgie, fessalgie, psoriasis, diarrhée, douleurs inflammatoires. - Examen : accentuation de la cyphose dorsale, atteinte des sacro-iliaques.
	Fracture/tassement vertébral		- Contexte : > 70 ans, antécédents ou facteurs de risque d'ostéoporose. - Examen : accentuation de la cyphose dorsale.
	Métastase Lymphome		- Contexte : > 50 ans, atcd de cancer ostéophile (poumon, rein, prostate, sein, thyroïde), AEG. - Lombalgie de début progressif, sans facteur déclenchant, s'aggravant, rythme non mécanique.
CAUSES SECONDAIRES	**Spondylodiscite**		- Contexte : immunodépression, diabète, antécédent de geste rachidien (infiltration, chirurgie), infection (dentaire, endocardite), lombalgies inflammatoires. - Examen : fièvre, frissons, raideur rachidienne multidirectionnelle.
	Tumeur intra-rachidienne		- Douleur nocturne, de décubitus, obligeant à se lever et à marcher pour être soulagé. - Raideur multidirectionnelle, signes neurologiques sous-jacents.
	Méningoradiculite infectieuse		= **Herpès virus, zona, VIH, maladie de Lyme** : contexte infectieux, morsure de tique. - Irradiation pluri-radiculaire, déficit moteur ou sensitif étendu à d'autres territoires.
	PC	**IRM**	Désormais examen de première intention si drapeau rouge ou persistante.
		Rx standard	= **Rx lombaire face et profil** + **bassin de face** : - Ne sont plus recommandées en première intention sauf si tb de la statique mais asso à IRM. - Syndesmophyte et sacro-iliite : spondylarthropathie. - Fracture vertébrale : ostéopathie. - Lyse vertébrale, « vertèbre borgne », fracture vertébrale asymétrique : métastase. - Pincement discal avec érosions des plateaux vertébraux : spondylodiscite.
		Bilan bio	- De 1re intention **: NFS, VS/CRP, EPP.**
		Selon l'orientation	- **Scintigraphie, biopsie osseuse, prélèvements bactériologiques, typage HLA A et B, bilan phosphocalcique, ponction lombaire…**
LOMBO	= Affecte une racine du nerf crurale : moins fréquent que la lombosciatique, le plus souvent entre 50 et 60 ans.		
	SF	- **Douleur d'installation brutale**, intense, avec **dysesthésies** (brûlures, broiement), recrudescence nocturne plus fréquente que pour la lombosciatique (insomnie, asthénie).	

		- **Trajet L3** : face supéro-externe fesse → région trochantérienne → face antérieure de la cuisse au 1/3 moyen → face interne de la cuisse au 1/3 inférieur → face interne du genou → peut descendre jusqu'à la jambe. - **Trajet L4** : partie moyenne de la fesse → face externe puis antérieure de la cuisse à sa partie moyenne → face antérieure du genou → face antéro-interne de la jambe (crête tibiale) et du cou-de-pied → bord interne du pied.
	SC	- **Sd rachidien.** - **Signe de Léry** (manœuvre du crural ou « Lasègue inversé ») : patient en décubitus ventral, reproduction de la douleur radiculaire à la flexion du genou à 90° ou à l'extension de la cuisse sur le bassin. - **Diminution du réflexe rotulien** (abolition si atteinte L3 et L4) : ne distingue pas une atteinte L3 ou L4. - **Hypoesthésie superficielle à la face antérieure de la cuisse.** - **Déficit du quadriceps.** - **Amyotrophie** (fréquente, rapide) : pouvant toucher le **psoas** (L3) ou le **jambier antérieur** (L4).
	PC	- **TDM/IRM rachidienne** : centrée sur les étages L2 à L5 (possible hernie foraminale en conflit avec L4).
	DD	**= Cruralgie extrarachidienne tronculaire** : - **Hématome/abcès du psoas.** - **Anévrisme de l'aorte.** - **Envahissement tumoral** : **digestive, pelvien, rénale, ADP, neurinome, schwannome.** - **Névrite** : **zona**, **maladie de Lyme**… - **Diabète.**

RADICULALGIE DU MEMBRE SUPÉRIEUR : NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE

Névralgie cervico-brachiale = souffrance d'une racine nerveuse du plexus brachial = **C5, C6, C7, C8** ou **T1.**
- **Névralgie cervico-brachiale commune** :
. Arthrosique : sujet > 40 ans, compression par un nodule disco-ostéophytique.
. Discale : sujet jeune < 40 ans, compression par une « hernie molle ».
- **Névralgie cervico-brachiale symptomatique.**

DIAGNOSTIC

SF

- **Syndrome cervical** : limitation des mobilités (le plus souvent modérée et élective), douleurs et infiltration cellulalgique (manœuvre du pincé-roulé) de la partie supérieure du dos.
- **Trajet douloureux radiculaire.**
- **Signes déficitaires moteurs, sensitifs et réflexes.**

	Réflexe	Déficit moteur	Territoire sensitif
C5	Bicipital	Abduction du bras, rotateur de l'épaule	Moignon de l'épaule, face externe du bras
C6	Stylo-radial	Flexion du coude, supination, flexion du pouce	Antérieure à l'épaule, face antéro-externe du MS jusqu'au pouce
C7	Tricipital	Extension du coude, du poignet et des doigts et de la pronation	Face postérieure du MS jusqu'au 2e et 3e doigts
C8 D1	Cubito-pronateur	Flexion et de l'écartement des doigts	Face interne du MS → 4e et 5e doigts

→ Rechercher une **myélopathie cervicarthrosique** associée : atteinte pyramidale, souvent spastique, prédominant sur les troubles sensitifs et sphinctériens, signe de Lhermitte.

PC

TDM/IRM du rachis cervical si suspicion de névralgie cervico-brachiale symptomatique ou bilan opératoire d'une névralgie cervico-brachiale commune rebelle : foramen réduit par des ostéophytes ou une hernie discale.

NCB SYMPTOMATIQUE	- **Traumatisme cervical** : **fracture, luxation.** - **Spondylodiscite infectieuse.** - **Tumeur maligne** : métastase, myélome. - **Tumeur bénigne** : ostéome ostéoïde, kyste anévrismal. - **Syndrome de Pancoast-Tobias** (envahissement de l'apex pulmonaire) : névralgie C8 rebelle, avec syndrome de Claude-Bernard-Horner homolatéral et envahissement de l'apex pulmonaire. - **Méningoradiculite** : herpès, zona, maladie de Lyme. - Affection neurologique : **syringomyélie, neurinome.**

Révision 29/01/2025

RADICULALGIES (SUITE)

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	**Membre supérieur**	- Pathologie de la coiffe des rotateurs (trajet C5 C6). - Syndrome de Parsonage et Turner (trajet C5). - Épicondylalgie ou syndrome canalaire (médian ou ulnaire). - Syndrome de traversée cervico-thoraco-brachiale ou syndrome de Pancoast Tobias (C8).
	Membre inférieur	- Affection ostéoarticulaire régionale (bassin fémur hanche). - Une autre névralgie du membre inférieur (méralgie paresthésique). - Une atteinte de type métastase ou lymphome. - Une spondylodiscite infectieuse. - Une tumeur intrarachidienne. - Une méningoradiculite. - Une spondyloarthrite. - Des causes diverses : hématome ou abcès du psoas ; anévrisme de l'aorte, tumeur, diabète.
URGENCES	*Signes de gravité*	→ Urgences diagnostiques et chirurgicales : pronostic fonctionnel engagé. **- Lombosciatique paralysante** : déficit moteur ≤ **3.** **- Syndrome de la queue de cheval :** troubles sphinctériens, anesthésie en selle… **- Atteinte hyperalgique.**
TRAITEMENT		- Le traitement de première intention de toute lomboradiculalgie ou névralgie cervicobrachiale commune non compliquée : **Repos relatif, antalgiques, AINS.** - 2de intention : • **Infiltrations péridurales** et/ou **péri-radiculaires de corticoïdes (Les infiltrations épidurales en cervical sont controversées).** • **Orthèse lombaire rigide** pendant 4 à 6 semaines, puis **souple** *(discutée selon les référentiels).* • **Rééducation.** - **TTT chirurgical** en dernière intention : améliore les radiculalgies dans 80 % des cas, sans action sur les lombalgies. - Accompagnement socio-professionnel si nécessaire.

CODEX.:, S-ECN.COM

Révision 29/01/2025

SYNDROMES CANALAIRES

GÉNÉRALITÉS

Physiopath

Physiopathologie des syndromes canalaires :

- **Compression** (élément physiopathologique principal) soit au niveau d'un défilé anatomique ostéofibreux, soit au niveau d'un défilé musculaire.
- **Traction et étirement** nerveux soit au niveau d'un défilé anatomique lors des mouvements de l'articulation voisine soit en cas d'adhérences limitant le déplacement du nerf.
- **Syndrome canalaire non déficitaire** : symptômes subjectifs (pas de déficit sensitivomoteur), l'ENMG est anormal, mais il peut être négatif au début.
- **Syndrome canalaire déficitaire** : symptômes subjectifs et déficit sensitif et/ou moteur, dénervation à l'ENMG.

Diagnostic

Diagnostic positif :

- Symptomatologie canalaire : les signes sont dans le **territoire anatomique** du tronc nerveux, peut être déclenché par certains mouvements ou certaines positions.
- **Amyotrophie** → tardif.
- Test de provocation : **paresthésies** distales dans le territoire anatomique du nerf.
- **Tinel** : Percussion du nerf immédiatement en amont de la zone de compression qui déclenche des paresthésies.
- **Pression** continue sur le trajet du nerf immédiatement en amont de la zone de compression.
- Rétrécissement du défilé anatomique avec compression du nerf (Coude pour nerf ulnaire, flexion poignet (phalen)).

→ Atteinte sensitivo-motrice en cas de compression chronique (principalement **canalaire**).

→ Atteinte à prédominance motrice, indolore, en cas de compression aiguë (principalement **posturale**) mais une atteinte purement motrice prolongée/chronique doit remettre en cause le diagnostic.

→ Les territoires sensitifs et moteurs des troncs nerveux ne dépassent pas la main ou le pied (≠ racines nerveuses) sauf nerf fibulaire superficiel (face latérale basse de jambe).

Gravité : Présence d'un déficit moteur associé à la compression nerveuse (attention à la compression vasculaire pour le syndrome de la traverse thoraco-brachiale).

ENMG : non systématique pour le diagnostic :

- Recommandé si doute diagnostic, obligatoire si reconnaissance d'une maladie professionnelle, recommandé si décision chirurgicale.
- Modalités : étude à différents étages le long du trajet du nerf de manière comparative avec les autres nerfs des 2 membres. (Les 4 membres si suspicion de polyneuropathie).
- 2 étapes :
  - Stimulo-détection : étude de la conduction nerveuse sensitive et motrice.
  - Détection : Décèle des signes neurogènes dans les muscles atteints (signe de gravité) et précise la topographie.

Imagerie et examen biologique : non systématique.

Diagnostic différentiel

Devront être évoqués :

- Les autres syndromes de compression nerveuse.
- Les autres causes neurologiques (atteinte radiculaire, myélopathies cervicales, atteintes médullaires (syringomyélie, SEP, SLA, tumeurs), plexopathies (Pancoast-Tobias) névrite de la maladie des vibrations, neuropathies périphériques, tumeurs nerveuses périphériques).
- Les autres causes non neurologiques (acrosyndromes d'origine vasculaire).

Selon les atteintes, on retrouve différents **diagnostics différentiels** à évoquer :

- Pour le sd du canal carpien : sd du canal de Guyon, atteinte du médian au coude, une atteinte C6, une atteinte plexique.
- Pour le sd du nerf ulnaire : atteinte C7.
- Pour la compression du nerf fibulaire au col de la fibula : atteinte L5.
- Pour le syndrome de la traversée thoraco-brachiale : névralgie cervico-brachiale.

	Diagnostic étiologique		- Anomalies du contenu (Hypertrophie synoviale secondaire (rhumatismale, infectieuse, endocrinienne, amyloïde), tumeur, anomalie musculaire). - Anomalies du contenant (déformation traumatique, non traumatique). - Causes micro traumatiques (pathologie professionnelle, mouvements répétés). - Polyneuropathie (Diabète sucré +++). - FDR de sensibilité à la compression par **sensibilité familiale** (neuropathie génétique de susceptibilité : délétion PMP22).
	Principe thérapeutique		- Traitement médical (n'a de place que dans le cas d'un syndrome canalaire non déficitaire). - Placement en position neutre de l'articulation (ex : orthèse de poignet nocturne). - AINS. - Infiltration de corticoïde intra canalaire. - Traitement chirurgical (libération) si forme non déficitaire après échec du traitement médical, ou d'emblée si forme déficitaire.
SYNDROME DU CANAL CARPIEN	= **Compression du nerf médian lors de la traversée du canal carpien** : fréquent = concerne **1 %** de la population. - 75 % des cas chez la femme (post-ménopause ou en fin de grossesse surtout). - Principalement de la main dominante, ou bilatérale dans **50 %** des cas. - Peut être reconnue en tant que maladie professionnelle : principalement nettoyeurs, caissiers, manutentionnaires, maçons, ouvriers du bâtiment, bouchers, ouvriers en chaîne de montage.		
	Physio		- Sensibilité : . Face palmaire : des 3 premiers doigts et de la moitié radiale de l'annulaire. . Face dorsale : des 2e et 3e phalanges de l'index, du majeur et de la moitié radiale de l'annulaire. - Motricité : . Éminence thénar : **court abducteur**, **faisceau superficiel du court fléchisseur** et **opposant du pouce.** . **2 lombricaux externes.**
	C	Forme sensitive	- **Paresthésies du territoire du médian**, irradiant à l'avant-bras, à recrudescence nocturne, au réveil et lors des activités manuelles, disparaît au secouage ou au réchauffement de la main. - Manœuvre reproductive : - **Test de Tinel** : percussion de la face antérieure du poignet. - **Test de Phalen** : flexion forcée du poignet. - **Hypoesthésie** de la face palmaire des 3 premiers doigts à tous les modes.
		Forme neurologique déficitaire	- **Paresthésies permanentes.** - **Maladresse de la main** : lâchage d'objet, difficulté pour mettre les boutons ou tourner une clé. - **Déficit des muscles de la partie latérale de l'éminence thénar** : opposant**,** court abducteur. - **Amyotrophie du versant externe de l'éminence thénar** (tardive).
	PC		- **Rx du poignet** = **face, profil** et **incidence du défilé carpien** : recherche d'anomalie osseuse. - **Échographie** : ↗ de la surface du nerf médian (N < 12), recherche de ténosynovite, microcristaux…
		EMG	- Parfois normal dans les formes débutantes (10 %). - **Atteinte du nerf médian au poignet** : ↘ vitesse de conduction sensitive avec allongement des latences distales (bloc de conduction), puis ↘ de la réponse en aval du site lésionnel, signes de dénervation des fibres musculaires (dégénérescence axonale), respect des autres troncs nerveux.
	Étiologie		- Mécanique = traumatique : **cal vicieux**, **séquelle de fracture du radius**, **activité professionnelle ou sportive répétitive.** - Endocrinienne : **grossesse**, **hypothyroïdie**, **diabète**, **acromégalie.** - Rhumatismale : **ténosynovite inflammatoire** (PR), **infectieuse** (BK), **arthrose**, **kyste synovial.** - Dépôts intra-canalaires de microcristaux : **goutte**, **chondrocalcinose**, **apatite**, **amylose.**
	TTT	TTT médical	- **Port nocturne d'une attelle de repos** : immobilisation du poignet et des doigts en position neutre. - **Injection corticoïdes** dans le canal carpien (entre les tendons du grand et petit palmaire, en regard du 2d pli palmaire, aiguille à 30° en bas) : limité à 2 injections, risque d'exacerbation transitoire.

		TTT chirurgical	= **Neurolyse du nerf médian** après section du ligament transverse du carpe. - Indication : - **Déficit moteur** clinique ou à l'EMG, **amyotrophie** ou **forme compressive.** - Après échec du traitement médical. - **Analyse anatomopathologique** systématique des prélèvements.
		TTT préventif	= En cas d'activité à risque : mouvements répétés du poignet, utilisation d'appareils vibrants. - **Attelle de fonction.** - **Aménagement de poste.**

SYNDROME DU NERF ULNAIRE	Généralité		- Compression du nerf ulnaire au moment de la traversée du tunnel ulnaire au coude entre l'épicondyle médiale et l'olécrane fermé par le rétinaculum du tunnel ulnaire et l'aponévrose d'insertion du fléchisseur ulnaire du carpe (gouttière épitrochléo-olécrânienne). - 2e en termes de fréquence, sex ratio équilibré, âge moyen de 50 ans.
	Clinique		- Paresthésies au niveau de la moitié ulnaire du 4e doigt et du 5e doigts en palmaire, et du bord ulnaire de la main en dorsal. - Déficit moteur des muscles interosseux et des 2 derniers lombricaux muscles fléchisseurs ulnaires du carpe (tardivement amyotrophie des interosseux et de l'éminence hypothénar). - Possible signe de Tinel avec une percussion de la gouttière épitrochléo-olécranienne.
	Étiologie		- Idem canal carpien. - Attention aux travaux comportant un appui prolongé sur la face postérieure du coude (professionnel) ou en post traumatique.
	Signes de gravité		- Perte subjective de la sensibilité digitale, voire hypoesthésie pulpaire au WEBER. - Amyotrophie. - Griffe des 4e et 5e doigt. - Perte de force de flexion du 5e doigt (parésie du fléchisseur profond du 5e). - Signe de froment (paralysie des muscles adducteurs du pouce et du court fléchisseur). - Défaut de croisement des doigts.
	Diagnostic différentiel		Diagnostic différentiel : Autres syndromes canalaires (attention, beaucoup plus rare : syndrome de la loge du GUYON, compression du nerf ulnaire au poignet, **Paresthésies** et **douleurs** du 5e doigt, reproduite à la percussion du pisiforme, TINEL en amont du GUYON) ; SLA.
	Traitement	*TTT médical*	- Antalgique. - Port nocturne d'une attelle de repos : immobilisation du coude en ½ flexion la nuit. - Injection corticoïdes dans le canal carpien (entre les tendons du grand et petit palmaire, en regard du 2d pli palmaire, aiguille à 30° en bas) : limité à 2 injections, risque d'exacerbation transitoire ; contre-indiqué dans le cadre d'un diabète sucré. - Traitement étiologique dès que possible. - Déclaration en maladie pro dès que possible.
		TTT chirurgical	= **Libération.** - Indication : • **Déficit moteur** clinique ou à l'EMG, **amyotrophie** ou **forme compressive.** • Après échec du traitement médical. • **Analyse anatomopathologique** systématique des prélèvements.
		TTT préventif	= En cas d'activité à risque : mouvements répétés du coude ou station prolongé sur la face postérieure du coude, utilisation d'appareils vibrants. **- Aménagement de** poste **et des activités.**
AUTRES	Autres syndromes canalaires au MS		- **Compression du nerf radial dans la gouttière humérale :** • Compression du nerf radial dans sa **gouttière** (ou sillon) à la face postérieure de la diaphyse de l'humérus. • **Douleur** +/- **paresthésies** +/- **hypo/anesthésie** à la face dorsale de l'avant-bras et de la main. • **Atteinte motrice « distale »**, épargnant le triceps brachial, avec déficit des muscles extenseurs du carpe et main en « **col de cygne** ». • Étiologies : ○ **Traumatique**, avec fracture de la diaphyse de l'humérus. ○ **Posturale** (ou « paralysie des amoureux ») : constatation brutale, au réveil ; compression prolongée du nerf radial contre l'humérus, par la tête du partenaire en appui direct sur le bras. - **Syndrome de la traversée thoracobrachiale** : radiculalgie C8-D1. **- Syndrome du nerf supra-scapulaire** : scapulalgie et amyotrophie de la loge sus-épineuse.
	Syndrome canalaire au MI		**- Méralgie paresthésique** = **compression du nerf cutané latéral sous le ligament inguinal au-dessous de l'EIAS** : hypoesthésie en raquette de la face externe de la cuisse, favorisé par une obésité, le port de ceintures serrées ou la grossesse.

	(plus rare)	**- Compression du nerf fibulaire** (paralysie posturale : appui prolongé sur la tête de la fibula, position assise jambes croisées, travail agenouillé, séjour en réanimation, ATCD de traumatisme ou kyste) : Douleur et paresthésies de la face antéro-latérale de la jambe + face dorsale du pied et des 4 premiers orteils avec un signe de Tinel au niveau du col de la fibula, déficit des muscles de la loge antéro-latérale de la jambe, i.e. muscles long et court fibulaires (déficit de l'éversion du pied), muscle tibial antérieur (déficit de la flexion dorsale du pied), muscles extenseurs des orteils et de l'hallux. **- Syndrome du canal tarsien** : compression du **nerf tibial postérieur.**

AUTRES RADICULALGIES

MÉNINGO-RADICULITE	**Maladie de Lyme**		= ***Borrelia burgdorferi*** : spirochète vecteur de la maladie de Lyme, transmis par une tique (Ixode). - À la phase initiale de l'infection : **érythème migrant chronique.** - À la phase tardive (après quelques mois, en l'absence de traitement) : bloc auriculo-ventriculaire, arthrite, récidive de l'érythème migrant chronique, méningoradiculite (10 à 20 % des cas).
		C	- **Douleurs radiculaires intenses**, diurnes et nocturnes, volontiers **pluri-radiculaires asymétriques.** - **Déficit sensitivomoteur** des territoires atteints (à proximité du site de morsure). - **Atteinte faciale**, parfois bilatérale (50 % des cas, surtout chez l'enfant). - **Syndrome méningé** (au 2^{d} plan) : céphalées.
		PC	- **PL** : lymphocytorachie, hyperprotéinorachie, glycorachie normale, bandes oligoclonales des protéines à l'électro-iso-focalisation. - **ENMG** : tracés neurogènes avec vitesses de conduction normales. - **Sérologie** (**sang** et **LCS**) : un résultat positif par test ELISA, confirmé par Western blot.
		TTT	- Antibiothérapie parentérale : **ceftriaxone** pendant 15-21 jours régression rapide des manifestations, principalement des douleurs dans un premier temps.
	Méningo-radiculite infiltrative		= **Leucémie, lymphome, méningite carcinomateuse** : atteinte radiculaire avec infiltration méningée. - Atteinte rapidement progressive et étagée : atteinte radiculaire asymétrique des MI, MS, nerfs crâniens - LCS : cytométrie des cellules, recherche de cellules cancéreuses.
PLEXOPATHIE	**Déf°**		Plexopathie = symptômes et signes en rapport avec l'atteinte de plusieurs racines spinales.
	Syndrome de Parsonage-Turner		= **Névralgie amyotrophique** : après un traumatisme, une intervention chirurgicale, une grossesse, une vaccination, une maladie systémique, voire une infection.
		C	- **Douleur de l'épaule** au 1er plan : permanente, insomniante, à type de brûlure-arrachement, augmentée à la mobilisation de l'articulation, rebelle aux antalgiques. - **Paralysie** dans les jours suivants, rapidement **amyotrophique**, avec sédation des douleurs : deltoïde, dentelé antérieur, infra- et supra-épineux. - Sans fasciculation, réflexes normaux (parfois diminués/abolis), troubles sensitifs discrets.
		PC	- **EMG** : tracé neurogène, conduction sensitivo-motrice normale des nerfs radial, ulnaire et médian, allongement de latence des nerfs proximaux (axillaire, musculo-cutané, supra-scapulaire). - **LCS** : normal ou parfois discrète hyperprotéinorachie.
		TTT	- **Rééducation prolongée** + **corticothérapie courte** à visée antalgique. ➝ Évolution non toujours favorable, à évaluer sur une période longue (3 ans).
	Syndrome de Pancoast Tobias		**Contexte :** cancer de l'apex pulmonaire +++, envahissant par contiguïté le tronc primaire inférieur du plexus brachial (racines spinales C8/T1), le ganglion stellaire de la chaîne orthosympathique et l'arc postérieur de la 1re côte. **Atteinte radiculaire en territoire C8–T1 :** douleur et hypo/anesthésie de la face interne du membre supérieur jusqu'aux 4^{e} et 5^{e} doigts + déficit des muscles fléchisseurs des doigts et interosseux, amyotrophie thénar et hypothénar. **Syndrome de Claude Bernard-Horner :** myosis + diminution de la fente palpébrale par lésion du muscle élévateur de la paupière supérieure + énophtalmie.

	Autres	- **Plexopathie post-radique** : plusieurs années après une **irradiation sus-claviculaire** ou **axillaire** (cancer ORL, sein, lymphome), d'évolution lentement progressive, indolore, asymétrique, avec déficit sensitivomoteur et aréflexie ostéotendineuse. - **Sd du défilé thoraco brachial :** Compression entre le **scalène** antérieur et moyen, **côte surnuméraire** ou méga-apophyse transverse en C7. **- Radiculalgie C8-D1** avec des symptômes vasculaires (œdème, froideur, pâleur, disparition du pouls radial) accentués par certains mouvements/postures (abduction et rotation externe de l'épaule = manœuvre d'Adson). - PEC chirurgicale en cas de côte surnuméraire.

CODEX.:, S-ECN.COM